

78698

F. Wilh. ZAHN

Professeur d'Anatomie pathologique à l'Université de Genève.

MANUEL TECHNIQUE
DES
AUTOPSIES

2^e édition revue et augmentée

par le Dr B. HUGUENIN

Privat-docent.

Premier assistant à l'Institut pathologique



GENÈVE

HENRY KÜNDIG, ÉDITEUR
11, Corraterie, 11

1903

Tous droits réservés.

IMPRIMERIE W. KÜNDIG & FILS
GENÈVE.

A MES ÉLÈVES

Messieurs,

Le but de ce petit manuel est de faciliter vos études en même temps que mon enseignement.

Une expérience déjà longue m'a convaincu que l'enseignement de la technique des autopsies — malgré son utilité incontestable — absorbait trop de temps dans le cours d'autopsies et de démonstrations pathologiques.

Il importe cependant que, dans vos recherches sur le cadavre, vous soyez guidés par une bonne méthode, sous peine d'être entravés dans votre travail et de distraire une part de l'attention que vous devez apporter à la poursuite des altérations pathologiques.

C'est plus tard surtout, quand vous serez livrés à vous-mêmes, dans la pratique de tous les jours, comme aussi dans la mission, sou-

vent si difficile, du médecin légiste, que vous sentirez la nécessité de savoir bien faire une autopsie.

Un second motif m'a poussé à écrire ce manuel : c'est le préjudice porté à mon enseignement par la perte du temps que je dois employer à revenir constamment sur des manipulations techniques au lieu de vous enseigner des choses bien plus importantes.

Le cours que je vous donne doit être avant tout un cours démonstratif, dans lequel je vous apprends à reconnaître les altérations pathologiques telles qu'elles se présentent dans les organes à l'état frais et dans lequel, tout en faisant l'autopsie, vous me rendez compte de vos connaissances en anatomie pathologique. C'est donc pour gagner le plus de temps possible en vue de cet enseignement démonstratif, la partie importante de notre cours, que je vous engage à bien vouloir vous pénétrer des règles suivantes.

Ce travail n'est pas autre chose que la première leçon du cours où j'expose la manière de faire les autopsies telle que l'a formulée le grand-maître de l'anatomie pathologique, R. Virchow, et telle que me l'ont enseignée mes vénérés maîtres E. Klebs et particulièrement F. von Recklinghausen. Si j'ai apporté quelques modifications à cette méthode, c'est en vue de votre situation future de médecins

praticiens, alors que vous ne disposerez pas de tous les moyens dont jouit un laboratoire d'anatomie pathologique.

Si mon but est atteint, j'en serai satisfait.

F. Wilh. ZAHN.

Campagne du Pont-d'Arve, Plainpalais, Noël 1890.

PRÉFACE DE LA SECONDE ÉDITION.

Monsieur le professeur ZAHN ayant été sollicité de rééditer son « Petit manuel technique des autopsies » m'a chargé de cette tâche parce qu'il ne voulait pas d'une réimpression pure et simple et qu'il n'avait pas le goût de procéder lui-même à une revision. Je le remercie vivement de cette marque de confiance. Je me suis borné à préciser quelques points et à ajouter quelques paragraphes.

Juillet 1903.

D^r HUGUENIN.

INSTRUMENTS.

En toute circonstance vous devez vous efforcer de faire le mieux possible et avec les moyens les plus simples. Pour cette raison, je ne vous signale que les instruments strictement nécessaires pour exécuter facilement une autopsie complète.

J'estime que les suivants vous suffiront :

1. Vous possédez des trousse de dissection et de microscopie, conservez-les, elles vous seront utiles, car elles contiennent le scalpel à cartilages, d'autres scalpels, de grandes et de petites pinces, des aiguilles à dissocier, des stylets et un insufflateur. Ce dernier peut se remplacer par deux tubes en verre reliés par un tube en caoutchouc. Il est utile de faire émousser les pointes d'une paire de grands ciseaux pour ne pas produire de lésions en ouvrant les bronches et les vaisseaux.

2. Deux couteaux à autopsie, en forme de bistouris, tels qu'ils ont été mis en usage par von Recklinghausen : un grand, long de 270 mm., dont 124 pour le manche, 36 pour le collet et 110 pour la lame, qui aura 25 mm. dans sa plus grande largeur, et un moyen, long de 245 mm., dont 115 pour le manche,

20 pour le collet et 100 pour la lame. Celle-ci doit avoir 20 mm. de largeur.

3. Un entérotome dont la longue branche ne doit pas se terminer par un crochet pointu, ce qui ne permettrait pas de retirer l'instrument d'une cavité, dans le cœur par exemple ou dans le tube digestif, sans y causer des lésions. Il suffit de faire arrondir le crochet des entérotomes ordinaires.

4. Une scie de grandeur moyenne dont la lame soit mobile et puisse être fixée à l'aide d'une vis.

5. Un marteau, dit à autopsie, avec manche en acier, terminé en crochet.

6. Un ciseau en bon acier, large de 15 mm. environ.

7. Un sécateur : le meilleur est celui des jardiniers.

8. Un rachitome.

9. Deux grandes aiguilles. Celles de H. von Meyer, de Zurich, qui sont droites et se terminent en forme de lancettes sont les meilleures.

10. De bon fil fort et une ou deux éponges. On trouvera partout un verre, chose indispensable.

11. Plusieurs éprouvettes pour examiner les liquides pathologiques et l'urine en cas de nécessité.

12. Pour les recherches microscopiques, il faudra un microscope pourvu de lentilles avec un grossissement de 70 à 300 diamètres. Une pipette sera nécessaire pour prendre le dépôt au fond des liquides. Pour des préparations fraîches, les réactifs nécessaires sont de l'eau faiblement salée et de l'acide acétique que l'on trouvera facilement partout.

13. Un fil de platine et un ou deux tubes en verre effilés pour prendre les matières en vue de recherches bactériologiques.

MANIÈRES DE PROCÉDER A L'AUTOPSIE.

Avant de procéder à une autopsie il est bon de s'enduire les mains et les bras avec une pommade à base de vaseline¹. Depuis l'emploi de cette pommade le nombre des infections a beaucoup diminué. Le danger des infections est aussi moins grand en injectant le cadavre avec 100-300 g. de formaline dans de 3-4 kg. d'eau ou mieux encore dans la même quantité de glycérine qui laisse aux tissus toute leur souplesse. Cette injection prophylactique, qui est un moyen très sûr d'embaumement, est surtout indiquée quand il s'agit d'affections très contagieuses telles que pyémies graves, charbon et morve.

Faites l'autopsie avec les plus grandes précautions et surtout avec la plus grande propreté. Vous y trouverez deux avantages : les altérations pathologiques seront plus faciles à voir et à reconnaître et, de plus, les parents et amis qui, le plus souvent, n'auront permis l'autopsie qu'à contre-cœur, dans la crainte que le défunt ne soit défiguré, seront détroumpés et en sauront gré au médecin. Vous arriverez ainsi à faire disparaître peu à peu la

¹ Rem. par exemple : vaseline 80 %; glycérine 10 %; acide borique 10 %.

terreur des autopsies, ce qui sera profitable non seulement au public, mais aussi et surtout à vous, médecins.

Si, à l'Université, vous apprenez à travailler bien et proprement, vous continuerez à le faire dans la pratique.

La première et la plus importante des règles est de faire autant que possible des autopsies complètes, les partielles n'ayant que peu ou point de valeur.

Chaque autopsie se compose de deux parties principales :

A. L'examen extérieur ou l'inspection du sujet;

B. L'examen intérieur ou autopsie proprement dite.

Cette autopsie se subdivise encore en :

1. Autopsie du crâne et du rachis avec leur contenu, des organes des sens et des sinus de la face ;
2. " du thorax, des organes thoraciques et de la région cervicale ;
3. " de la cavité abdominale, des organes abdominaux et génitaux ;
4. " des extrémités, quand elle doit se faire et qu'elle est possible ;
5. Enfin fermeture des cavités ouvertes et toilette du cadavre.

EXAMEN EXTÉRIEUR.

Le cadavre doit être placé sur une table ou, si l'on ne peut en avoir une, dans le couvercle du cercueil, sur un matelas ou bien encore sur la paillasse du lit qu'on protège par une étoffe imperméable. Le cadavre doit être complètement déshabillé. On placera sous la nuque ou le dos un billot de bois.

Constatez premièrement le sexe, l'âge approximatif, la grandeur de l'individu, le développement de son tissu adipeux souscutané et de sa musculature, l'existence ou l'absence de la rigidité cadavérique, la coloration des poils ou de la peau; ensuite passez à l'examen plus spécial de l'extérieur en notant particulièrement l'état des yeux, de la bouche, du cou, du thorax, de l'abdomen, des organes génitaux externes, des extrémités. Il ne faut pas omettre d'examiner le dos du cadavre. L'inspection minutieuse du cadavre doit être toujours faite, car les plus petits détails extérieurs constituent non seulement des signes d'altérations d'organes profonds, mais ont quelquefois par eux-mêmes une importance capitale. Il en est ainsi de la pâleur, de la cyanose, de la coloration icterique de la peau, de l'œdème, des déformations du thorax, de la colonne verté-

brale ou des extrémités, du ballonnement du ventre.

L'habitude d'une inspection soignée a encore l'avantage d'exercer à bien voir et à ne rien négliger, ce qui est de la plus haute importance pour le médecin. Il peut, il est vrai, faire la même chose sur le malade, mais alors il ne lui est malheureusement pas possible de contrôler sa manière de voir d'une façon aussi précise que dans une autopsie.

L'AUTOPSIE

Avant de commencer une autopsie, préparez le cadavre comme il est indiqué plus haut. Il vous faut des couteaux coupant bien, une assez grande quantité d'eau froide ou tiède suivant qu'il fait chaud ou froid; des vases pour recueillir les différents liquides et les organes qui devront être soumis à un examen plus approfondi.

Il faut chercher à faire des coupes à grandes surfaces unies qui permettent de rétablir les rapports antérieurs, ce qui est impossible si vous avez fait une quantité de petites coupes. Pour faire de grandes coupes, tenez le couteau à pleine main et non avec les doigts comme une plume ainsi qu'on le fait pour disséquer dans les salles d'anatomie normale. Vous coupez en tirant et non en pressant, le mouvement à exécuter se faisant avec l'épaule, le coude et le poignet et non seulement avec les doigts.

1. AUTOPSIE DU CRANE, DU RACHIS ET DE LEUR
CONTENU, DES ORGANES DES SENS ET DES SINUS
DE LA FACE.

Le crâne et la dure-mère. Pour ouvrir le crâne, faites une incision, allant jusqu'à l'os, commençant derrière l'oreille gauche et finissant derrière la droite, ramenez auparavant les cheveux en avant et en arrière de la ligne d'incision afin de ne pas les couper. Puis dénudez les os en avant : jusqu'à l'arcade sourcilière, en arrière jusqu'à la ligne occipitale externe, sur les côtés jusque dans les fosses temporales.

Le crâne peut être enlevé, soit avec la scie ou avec le marteau qu'on emploiera de préférence si l'on est pressé. Pour cela frappez vigoureusement un peu au-dessus de la dénudation de l'os, le marteau brise les os en de nombreux fragments et ceux-ci ne permettent pas une très bonne reconstitution de la forme du crâne ; ils peuvent aussi rendre des fractures ou d'autres lésions méconnaissables et de plus on risque de se blesser facilement aux esquilles qu'ils présentent.

Par contre les méninges ne sont généralement pas blessées.

On sépare aussi la calotte de la base du crâne par un trait de scie circulaire passant par la glabelle et la protubérance occipitale ex-

terne. M. Jaccard, l'aide de laboratoire, trouvant que la calotte ainsi sciée glissait fréquemment après avoir été remise en place et qu'il en résultait une déformation sur le front du cadavre, a remplacé cette méthode par deux traits de scie semicirculaires se coupant en un angle obtus dans les fosses temporales et passant en avant et en arrière par les mêmes points que le trait de scie circulaire ; de cette façon on obtient une calotte qui, remise en place, ne bouge plus. En sciant faites attention de ne pas entamer les méninges, quoique la lésion ainsi produite soit sans grande importance, si elle est peu profonde. Ensuite arrachez avec le crochet du marteau la calotte qui présente encore quelques adhérences à sa face interne.

Les adhérences de la dure-mère et de la calotte, presque constantes chez les vieillards et les enfants, sont détachées au moyen de l'entérotome. Les plus solides se trouvent au niveau du sinus longitudinal supérieur, c'est sur elles que l'effort doit porter.

La calotte enlevée, vous examinez soigneusement l'épaisseur, la surface interne et externe, puis vous la remettez en place pour mieux juger de la conformation générale.

Ouvrez le sinus longitudinal supérieur après avoir regardé la surface externe de la dure-mère que vous incisez sur le bord de la base du crâne. Saisissez la dure-mère près de l'in-

cision, rabattez et étalez la moitié droite de la dure-mère sur l'hémisphère gauche, examinez-en la surface interne, remettez-la en place. Faites de même pour la partie gauche de la dure-mère que vous déployez sur l'hémisphère droite. Regardez l'arachnoïde et la pie-mère de la convexité des hémisphères au moment où vous les découvrez.

Faites glisser votre index le long de *la faux du cerveau* pour rompre les vaisseaux qui font communiquer le sinus longitudinal supérieur avec les vaisseaux de la pie-mère. Saisissez maintenant avec la main gauche la dure-mère et la faux du cerveau dans leur partie antérieure, tirez-les un peu en haut, introduisez le couteau, le tranchant en avant, entre la face interne de l'hémisphère cérébrale droite et la faux du cerveau, de façon à ce que la pointe du couteau arrive à la base du crâne et en arrière de l'extrémité postérieure de l'insertion de la faux sur l'apophyse crista galli, coupez ensuite de droite à gauche. Laissez retomber la dure-mère après l'avoir tirée en arrière.

Pour *enlever le cerveau*, passez la main gauche sous les lobes frontaux, soulevez-les, coupez les carotides internes et les nerfs crâniens tout en les examinant. Incisez ensuite de dedans en dehors la tente du cervelet à son insertion sur le rocher, en faisant un

mouvement de scie avec le couteau dont vous dirigez le tranchant contre l'os et dont vous employez seulement la pointe afin de ne pas blesser le cervelet. Soutenez le cerveau à partir de ce moment pour qu'une rupture ne se produise pas au niveau des pédoncules cérébraux (il faut faire particulièrement attention à cela en été quand la substance cérébrale est très molle). Ensuite introduisez le couteau, le tranchant en avant, derrière l'artère vertébrale gauche, vous l'enfoncez le plus profondément possible dans le canal vertébral et coupez en une seule fois la vertébrale gauche, le bulbe et la vertébrale droite, en suivant le bord antérieur du trou occipital de gauche à droite. L'encéphale est ainsi complètement détaché. Pour le sortir de la cavité crânienne, placez la main gauche au-dessous, à la convexité des hémisphères cérébrales et la droite au-dessous des hémisphères cérébelleuses.

Si vous n'avez pas réussi à rompre les adhérences de la dure-mère et de la calotte avec l'entérotome, coupez la dure-mère par l'ouverture que vous avez faite en sciant le crâne, et que vous agrandissez en tirant la calotte, puis la faux du cerveau. Sectionnez ensuite les attaches du cerveau comme cela est indiqué plus haut. Après la coupe transversale du bulbe et l'extraction du cervelet de sa fosse, tranchez la faux du cerveau à son extrémité

postérieure et vous enlevez ainsi la dernière membrane qui retient encore la calotte que vous enlevez avec le cerveau.

Faites attention au liquide céphalo-rachidien pendant que vous sortez l'encéphale. Posez ensuite le cerveau sur sa convexité. Revenez à la base du crâne, examinez-en la dure-mère et les sinus sanguins que vous ouvrez. Détachez la dure-mère afin de bien voir les os de la base du crâne.

L'encéphale et les lepto-méninges. — Passez au cerveau, examinez-en la base en vouant votre attention à l'état des artères (paroi et contenu), n'oubliez pas de préparer les artères sylviennes et les artères cérébrales antérieures. Retournez le cerveau de gauche à droite et non pas d'avant en arrière pour éviter une rupture des pédoncules cérébraux. Incisez les lepto-méninges des hémisphères sur le bord supérieur de celles-ci. Détachez-les de l'écorce cérébrale.

L'ouverture des ventricules latéraux se fait : **1^e ventricule gauche :** Placez le cerveau sur sa base, le cervelet près de vous. Soulevez légèrement la partie supérieure de l'hémisphère gauche que vous avez préalablement bien séparée de la droite, mettez le tranchant de votre couteau très peu en avant du genou du corps calleux, de façon à diviser en deux parties égales l'angle formé par la face interne de

l'hémisphère et le corps calleux. Sectionnez d'avant en arrière en vous écartant peu à peu du corps calleux, de sorte que votre incision passe par la scissure calcarine et aboutisse au sommet du lobe occipital. En arrière tenez la lame plus verticalement tout en baissant le manche de façon à ce que la pointe du couteau ne s'égare pas dans les noyaux centraux des hémisphères. Observez le contenu du ventricule, sa grandeur, l'état de l'épendyme.

2^e *Ventricule droit* : Faites faire un demi-tour au plateau et ouvrez le ventricule latéral droit par une coupe semblable à celle que vous avez faite pour ouvrir le ventricule gauche, mais de ce côté vous commencez au lobe occipital et vous finissez au lobe frontal.

L'ouverture du ventricule moyen. Placez le cervelet près de vous en faisant de nouveau faire un demi-tour au plateau. Introduisez le couteau dans le trou de Monrœ droit et faites-le sortir par le gauche, souvenez-vous que ces orifices se trouvent à la partie postérieure du corps calleux et non pas sous son genou, où il y a le septum pellucidum.

Sectionnez de bas en haut le trigone à sa partie moyenne et le corps calleux. Rabattez le lambeau postérieur en arrière. Sectionnez le pilier postérieur droit du trigone et le bourrelet du corps calleux latéralement à droite. Rejettez ces parties à gauche et à

droite, enlevez ensuite le plexus choroïde, vous avez maintenant devant les yeux le troisième ventricule, la glande pinéale et les corps quadrijumeaux.

Le quatrième ventricule. Faites une coupe verticale sur le vermis du cervelet que vous soulevez par la main placée sous la moelle allongée, baissez le manche du couteau afin que la pointe n'entre pas dans le plancher du IV^{me} ventricule (cette coupe sépare les hémisphères cérébelleuses l'une de l'autre). Ouvrez encore l'aqueduc de Sylvius.

Cervelet. Prenez dans la main gauche l'hémisphère cérébelleuse gauche de telle façon que la surface de la première coupe du cervelet regarde en haut (vous y verrez l'arbre de vie), coupez perpendiculairement à celle-ci en passant par le bord de l'hémisphère cérébelleuses et entre les pédoncules cérébelleux supérieur et inférieur (cette seconde coupe fait voir le corps dentelé). Faites perpendiculairement à la surface que vous venez d'obtenir des coupes ayant une disposition rayonnante et partant toutes de l'angle latéral du plancher du IV^{me} ventricule, où doit aussi s'arrêter la coupe faite sur l'hémisphère cérébelleuse. Vous cessez de couper à quelque distance de la pie-mère afin que vous puissiez reconstituer l'organe ; arrêtez vous à la même membrane pour les coupes à travers les hémis-

phères cérébrales. Faites le même examen pour l'hémisphère cérébelleuse droite.

Divisez chaque *hémisphère cérébrale* en une partie des circonvolutions et une partie des ganglions centraux, par une coupe verticale allant de la corne antérieure à la corne postérieure du ventricule latéral et entamant dans sa partie médiane la couche optique à $\frac{1}{2}$ cm, de son point le plus externe. Les circonvolutions tombent alors naturellement sur leur convexité, de sorte que la surface interne de l'hémisphère regarde en haut.

Pour voir *le centre ovale gauche* prenez votre couteau tout au bout du manche, placez-le à plat, faites une coupe horizontale commençant au lobe frontal, passant par l'avant-mur et le bord supérieur de l'hémisphère et aboutissant au lobe occipital. La main gauche soulève le bord supérieur de l'hémisphère jusqu'à ce qu'il atteigne la hauteur de l'avant-mur ; en même temps les doigts sentent si la pointe du couteau arrive bien jusqu'au bord du cerveau. Rejetez la partie supérieure (donc en fait interne) en dehors et vous aurez le centre ovale devant vous. Faites encore quelques coupes allant du pôle frontal au pôle occipital sur les deux parties que vous venez de préparer.

Pour voir *le centre ovale droit* tournez le plateau, faites les mêmes coupes mais du lobe occipital au lobe frontal.

Examinez ensuite les *noyaux centraux* en faisant des coupes verticales et transversales à 3-4 mm. les unes des autres.

Reconstituez le cerveau et le cervelet. Remettez le tout sur la convexité. Détachez les artères vertébrales et basilaire de bas en haut, faites à travers le *pont* et le *bulbe* 3 coupes transversales, de façon à ce que vous sentiez le couteau sur l'index de la main gauche que vous avez introduit dans le IV^{me} ventricule et avec lequel vous en soulevez le plancher.

On peut aussi faire l'autopsie du cerveau de la manière suivante: Cette méthode est plus facile au point de vue technique et permet de faire ultérieurement des coupes microscopiques en série des hémisphères. Toute l'autopsie se fait d'abord comme dans la méthode précédente; mais après l'autopsie du cervelet on sépare les hémisphères de la protubérance en tranchant les pédoncules cérébraux immédiatement au-dessus des corps quadrijumeaux. Ensuite on coupe les organes qui réunissent les hémisphères l'une à l'autre (genou du corps calleux, commissures blanches et grises, chiasma optique). Puis on laisse choir les hémisphères sur leur convexité; leur face interne regarde alors en haut. Puis en commençant au lobe frontal on fait des coupes perpendiculaires à un axe allant du pôle frontal au pôle occipital et équidistantes de 1 à $\frac{3}{4}$ de cm. Il n'est pas très important de les faire passer par des points déterminés des ganglions centraux, mais il l'est beaucoup plus de les faire tout à fait symétriquement sur les deux

hémisphères, afin de pouvoir juger facilement où sont les lésions. Il est bon de faire couler lentement de l'eau sur les coupes de l'encéphale pendant qu'on les examine. Cette seconde méthode a le désavantage de ne pas permettre une localisation facile des foyers pathologiques dans la capsule interne et par rapport aux circonvolutions. Le repérage peut cependant se faire en comparant les coupes de la préparation avec celles passant aux mêmes endroits et reproduites dans les traités d'anatomie normale du système nerveux central.

Les sinus de la face et les organes des sens. Il ne faut pas omettre l'examen de ces organes quand il existe une méningite purulente d'origine inconnue.

Pour l'examen de l'œil enlevez au ciseau la paroi supérieure de l'orbite et du trou optique, puis faites sortir l'œil. Si l'énucléation de l'œil est impossible vous vous contentez d'ouvrir le globe oculaire sur son équateur. Enlevez la partie postérieure avec le nerf optique. Vous pouvez ensuite ôter à la moitié antérieure les lésions qui vous intéressent pourvu que vous laissiez la cornée et la sclérotique recouverte de conjonctive intactes.

L'oreille. Pour examiner l'oreille sortez le rocher du crâne de la manière suivante :

Donnez un coup de scie le long des bords antérieur et postérieur du rocher. Vous réunissez ces deux lignes à leur extrémité médiane par un coup de ciseau et vous arrachez le rocher

au moyen du crochet du marteau. Coupez les parties molles au fur et à mesure qu'elles se présentent. Vous ouvrirez l'oreille moyenne par un trait de scie à 1 cm. en dedans de la face interne de l'écailler du temporal et parallèle à cette dernière ; de même l'oreille interne par un autre trait de scie transversal passant immédiatement en avant du bord supérieur du rocher.

Si les *sinus frontaux* sont grands on en voit la majeure partie après l'ablation de la calotte, s'ils sont petits, vous les apercevrez en enlevant au ciseau leur paroi postérieure et supérieure.

Cavités *nasales*, *naso-pharyngée* et les *sinus maxillaires* et *sphénoïdaux*. (La partie postérieure de ces derniers est mise à nu au moment où l'on détache le rocher.) Toutes ces cavités peuvent être examinées en même temps. Dans ce but attaquez l'os avec le ciseau sur une circonférence ayant 30—35 mm. de rayon et la partie antérieure de la selle turcique comme centre, puis arrachez le morceau et coupez les parties molles qui le retiennent encore. Divisez la pièce en deux par une coupe sagittale et toutes les cavités seront visibles. On arrive beaucoup plus facilement au même résultat avec la tréfine de Klebs.

La moelle. Il faut faire l'autopsie du canal rachidien et de son contenu avant d'avoir vidé le tronc. Placez le cadavre sur le ventre, le

thorax appuyé sur un bloc et incisez sur la ligne médiane, de la protubérance occipitale externe jusqu'au sacrum. Détachez les parties molles à droite et à gauche des apophyses épineuses jusqu'à ce que les gouttières vertébrales soient bien visibles. Sectionnez les arcs vertébraux à leur insertion sur le corps de la vertèbre avec le ciseau ou la double scie, puis arrachez-les.

On sort la moelle et la dure-mère ensemble du canal rachidien. Coupez-les transversalement le plus haut possible, puis les nerfs rachidiens en dehors de la dure-mère aux trous de conjugaison. Procédez de la même façon à la queue de cheval.

Examinez la face antérieure du canal vertébral, surtout au point de vue des vaisseaux. On ouvre la dure-mère d'abord sur la ligne médiane postérieure, sur le plateau après l'extraction ou sur le cadavre avant celle-ci. L'incision de la dure-mère sur le cadavre permet de mieux juger de la quantité et de la qualité du liquide céphalo-rachidien. Puis fendez la dure-mère sur la ligne médiane antérieure. Examinez les méninges.

Faites des coupes transversales de la moelle d'avant en arrière à intervalles de 3-5 cm. Faites attention à la vascularisation, la transparence, la consistance de la moelle.

On peut aussi ouvrir le canal rachidien par

sa paroi antérieure d'après la méthode de Chiari. Il est inutile de dire qu'il faut avoir fait auparavant l'autopsie des cavités thoracique et abdominale.

Retournez le cadavre après avoir suturé et passez à l'autopsie des autres cavités.

2. AUTOPSIE DU THORAX, DES ORGANES THORACIQUES ET DE LA RÉGION CERVICALE.

THORAX. — Dans les cas où l'autopsie du thorax a été refusée, il est possible de retirer les organes qui y sont contenus à travers le diaphragme, donc sans qu'il y ait une déformation du thorax.

Pour ouvrir les grandes cavités : faites sur la ligne médiane une *incision cutanée* partant si possible de 1 cm. au-dessous du menton ou au moins de la fourchette sternale, passant à gauche de l'ombilic (pour épargner la veine ombilicale importante chez les nouveaux-nés) et finissant au pubis. Puis coupez jusqu'au péritoine en faisant attention de ne pas blesser les organes contenus dans la cavité abdominale. Regardez s'il y a des hernies inguinales ou crurales, et sectionnez de bas en haut les grands droits de l'abdomen à leur insertion pubienne. Puis détachez les parties molles de la cage thoracique et si possible la peau du cou.

Faites ensuite *l'inspection de l'abdomen*. Constatez la quantité et la qualité du liquide contenu dans la cavité péritonéale, l'état du péritoine et particulièrement celui qui recouvre le mésentère, les rapports des divers organes entre eux, la distance du bord du foie à celui des fausses côtes, la hauteur à laquelle le diaphragme remonte de chaque côté en prenant le point de réunion de la partie osseuse à la partie cartilagineuse des côtes comme point de repère, la présence ou l'absence des plis respiratoires au diaphragme, de quel côté le diaphragme est voûté, l'appendice vermiculaire (situation, perméabilité) et enfin chez la femme la position des organes génitaux internes.

Recherche du pneumo-thorax. On ne doit pas l'omettre 1^o si on en a diagnostiqué un avant la mort, 2^o si le diaphragme est bombé du côté de la cavité abdominale, 3^o si une moitié du thorax est anormalement saillante. Elle se fait de la manière suivante : relevez les parties molles que vous venez de détacher de la paroi thoracique de façon à former entre elles et la cage thoracique une cavité que vous remplissez d'eau. Piquez sous l'eau dans un espace intercostal ; des bulles d'air s'échapperont de cette ouverture s'il y a pneumothorax.

Pour voir la cavité thoracique il vous faut enlever le *plastron sternal*. Vous coupez

d'abord les côtes avec le scalpel à cartilage, en les fendant de haut en bas à $\frac{1}{2}$ cm. en dedans du point de réunion de la partie osseuse et de la partie cartilagineuse, en ayant soin que la pointe du couteau ne pénètre pas dans les organes intrathoraciques. Commencez à la deuxième côte et continuez jusqu'au rebord costal. Si vous ne réussissez pas avec le scalpel, prenez le sécateur, commencez en bas et coupez les côtes dans leur partie osseuse le plus latéralement possible, de façon à pouvoir rabattre la peau sur les aspérités des os. On est souvent obligé de couper avec le sécateur le cartilage de la première côte qui se calcifie de très bonne heure. Si l'on veut se servir du couteau pour cette opération, il faut l'introduire dans le premier espace intercostal à 1 cm. en dehors de la section de la deuxième côte, puis couper de bas en haut en faisant attention de ne pas toucher les veines sous-jacentes. L'articulation *sterno-claviculaire* qui seule retient encore le plastron est ouverte avec un couteau étroit. On commence à l'extrémité supérieure de l'articulation après avoir coupé les insertions sternales et claviculaires des muscles du cou.

Pour cette opération maintenez le couteau vertical, sans cela vous n'arriverez pas au but et introduisez-en seulement la pointe pour ne pas blesser les vaisseaux qui se trouvent im-

médiatement au-dessous de l'articulation. Souvenez-vous que la ligne articulaire a la forme d'un *&* à gauche et d'un *#* à droite.

Soulevez le plastron sternal ainsi mobilisé, détachez les parties molles de bas en haut en coupant contre l'os. Examinez la face postérieure du plastron.

Faites *l'inspection des organes contenus dans la cage thoracique* : l'état du thymus, la position du péricarde, le degré de rétraction des poumons, l'état des plèvres (adhérences, épanchements).

Soulevez le feuillet pariétal antérieur du *péricarde*, incisez-le en allant aux 3 angles droit, supérieur et gauche. Examinez s'il y a un épanchement (nature et quantité).

Cœur. — Jugez de la position du cœur, de son volume total et de celui des différentes cavités, de sa forme, de sa consistance, de l'état de l'épicarde, de la quantité du tissu adipeux sous-épicardique.

La meilleure méthode d'ouvrir et d'enlever le cœur est la suivante indiquée par Virchow. Saisissez le cœur à la pointe avec la main gauche, les doigts à la face antérieure et le pouce à la face postérieure, de telle façon que le ventricule et l'oreillette gauches soient bien visibles. Faites entre les deux veines pulmonaires gauches une incision que vous prolongez jusqu'au sillon coronaire, puis recommencez

l'incision dans le ventricule gauche 1 cm. au-dessus du point où vous l'avez arrêtée et menez-la jusqu'à la pointe du ventricule. Remettez le cœur en place, passez la main gauche derrière le cœur en tournant la paume en haut, introduisez les troisièmes phalanges des doigts dans le ventricule gauche, mettez le pouce à la face postérieure du ventricule droit immédiatement en arrière du bord, tirez le cœur à gauche et en bas, incisez entre les deux veines caves, arrêtez-vous au sillon coronaire et recommencez dans le ventricule droit comme à gauche 1 cm. au-dessus du sillon coronaire et en faisant passer l'incision $\frac{1}{2}$ cm. en avant du bord du ventricule droit, continuez l'incision jusqu'à la pointe en ayant soin de ne pas entamer le septum (prenez cette précaution à chaque incision). Faites attention à la quantité et à la qualité du sang contenu dans les diverses cavités. La méthode originale de Virchow est un peu moins commode ; mais elle permet de mieux juger du contenu des diverses cavités ; il ouvre successivement le ventricule et l'oreillette droits, l'oreillette et le ventricule gauches.

Tirez le cœur en haut avec la main gauche, le pouce étant dans le ventricule droit et l'index dans le gauche ; coupez la veine cave inférieure, les veines pulmonaires gauches, la veine cave supérieure au niveau des anneaux que le péritoine forme sur le pourtour de leur entrée.

Enfin coupez les vaisseaux qui restent par une seule coupe circulaire de gauche à droite et de bas en haut.

Après l'ablation du cœur, nettoyez le péri-cardie, examinez les vaisseaux et spécialement les artères pulmonaires qui contiennent fréquemment des thrombus.

On recherche si les valvules sigmoïdes sont suffisantes par l'*épreuve de l'eau*. Mettez de l'eau dans la pulmonaire et l'aorte, desquelles vous avez préalablement sorti les caillots; il y a insuffisance si l'eau s'échappe rapidement. L'épreuve de l'eau appliquée aux valvules atrio-ventriculaires n'a pas de valeur.

Il y a rétrécissement de la mitrale ou de la tricuspidé quand, ayant introduit deux doigts par leur orifice, on ne peut les écarter. L'introduction des doigts se fait de bas en haut de l'oreillette dans le ventricule, elle doit se faire avec beaucoup de prudence afin de ne pas détacher les thrombus qui pourraient être fixés sur ces valvules. L'insuffisance tricuspidé se reconnaît aux bords libres épais et parfois ulcérés de la valvule.

Prenez ensuite le cœur dans la main gauche et tenez-le dans la position qu'il occupait dans la cavité thoracique. Ouvrez les cavités cardiaques dans le sens de la circulation sanguine : oreillette et ventricule droits, oreillette et ventricule gauches.

1^o *Oreillette droite.* Introduisez la longue branche de l'entérotome dans l'incision que vous avez faite, le cœur étant encore en place dans le thorax, coupez les ponts de paroi qui subsistent entre cette incision et les veines caves supérieure et inférieure. 2^o *Ventricule droit.* Introduisez l'entérotome à la pointe, faites-le passer entre la paroi antérieure et le muscle papillaire antérieur, coupez et sortez par l'artère pulmonaire. On peut se servir du pouce de la main gauche comme conducteur, celui-ci se placera naturellement entre le muscle et la paroi. On peut aussi simplement couper le long du bord antérieur du septum sans s'inquiéter du muscle papillaire et pousser la pointe des ciseaux jusque dans l'artère pulmonaire. 3^o *Oreillette gauche.* Procédez comme pour l'oreillette droite en allant de l'incision aux veines pulmonaires. 4^o *Ventricule gauche.* Introduisez à la pointe la branche émuossée de l'entérotome, glissez-la le long du bord antérieur du septum et tout en coupant poussez-la jusqu'à l'aorte que vous tranchez après avoir écarté l'artère pulmonaire et l'auricule gauche.

Pour chaque cavité examinez bien le contenu, différenciez soigneusement les caillots des thrombus ; constatez les dimensions des cavités, l'état de l'endocarde, de la musculature, des valvules et des tendons valvulaires. Dans

l'oreillette droite sondez le trou de Botal et examinez la membrane de fermeture. Dans les oreillettes inspectez soigneusement les auri cules ; dans les ventricules la portion mem braneuse du septum. Notez les altérations de la première portion de l'aorte et en dernier lieu ouvrez les artères coronaires.

Poumons et organes de la bouche et du cou. On peut sortir les deux poumons chacun pris séparément ou bien les deux ensemble avec les organes de la bouche et du cou, et l'aorte et l'œsophage que vous coupez transversale ment au diaphragme. Avant de chercher à sortir les poumons, détachez-en les adhérences ; si celles-ci sont très épaisses, enlevez la plèvre pariétale plutôt que de léser le pou mon. Faites derrière l'aorte thoracique une incision de la plèvre gauche allant de la pre mière côte au diaphragme, pénétrant jusqu'aux os et coupant ainsi les artères intercostales gauches ; ceci facilitera beaucoup la sortie de l'aorte et de l'œsophage.

Pour enlever les *organes du cou* et de la *bouche*, il est désirable que l'incision des tégu ments se continue jusqu'au menton. Si vous ne pouvez procéder ainsi, vous arriverez cepen dant au but par la méthode sous-coutanée. Pour cela, séparez la peau jusqu'à l'extrémité acromiale de la clavicule, puis jusqu'au bord in férieur du maxillaire inférieur. Enfoncez en

suite le couteau à la face postérieure de cet os jusque dans la bouche, suivez avec le couteau sa face interne afin de couper les insertions musculaires et celle de la muqueuse buccale. Abaissez la langue, incisez le voile du palais sur la ligne médiane immédiatement en arrière du bord postérieur du palais osseux, rejoignez les extrémités gauche et droite de la coupe rétro-maxillaire en passant en dehors des amygdales. Tirez la langue et la luette en bas, coupez les parois latérales et postérieure du pharynx. Prenez le plus possible de parties molles du cou et les carotides avec leur bifurcation. Rasez avec le couteau le bord supérieur des premières côtes d'avant en arrière. Sortez ensuite les organes contenus dans le thorax en les attirant au dehors. Tranchez l'aorte thoracique et l'œsophage à 2-3 cm. au-dessus du diaphragme et parallèlement à celui-ci.

S'il était nécessaire d'examiner le sympathique cervical, le pneumogastrique et sa ramifications le récurrent, préparez-les sur place avant l'ablation des organes sus-mentionnés. N'oubliez pas d'examiner la veine azygos et le canal thoracique. Dans le cas où vous supposeriez l'existence d'un anévrysme de l'aorte dans le voisinage du diaphragme ou que vous auriez constaté des indices d'une lésion de l'œsophage, détachez le poumon droit sans les

autres organes, comme cela est indiqué plus bas pour le gauche, et vous enlèverez l'aorte et l'œsophage plus tard avec leur continuation dans la cavité abdominale.

Lorsqu'on ne prend pas les organes du cou, il faut couper la trachée et l'œsophage transversalement en entrant avec le couteau le plus haut possible entre les têtes des clavicules, et en tirant le médiastin en bas, afin d'éviter d'entamer l'aorte à la crosse.

Dans le cas où vous enlevez les poumons séparément, commencez par le gauche et prenez ensuite le droit avec l'œsophage et l'aorte.

Pour sortir le *poumon gauche* mettez deux doigts de la main gauche en avant et deux doigts en arrière du hile que vous sectionnez, de haut en bas, parallèlement à vos doigts, faites attention au contenu de la bronche au moment où vous la fendez.

Regardez la plèvre, la grandeur et la forme du poumon. Soupelez-le ; palpez-le. Faites une incision allant du sommet à la base et passant par le hile. Pour cela, posez-le sur sa base, en le tenant, pour le gauche dans le sillon interlobaire, pour le droit au hile. Ouvrez la *bronche* principale puis ses ramifications. Examinez les ganglions *péribronchiques*, les veines et les artères.

Examinez la langue, le voile du palais (que vous sectionnez latéralement) les amygdales,

la partie inférieure du pharynx et l'entrée du larynx.

Introduisez la longue branche de l'entéro-tome dans l'*œsophage* à sa partie supérieure et coupez dans la ligne médiane postérieure. Les parties les plus importantes sont le point de croisement de l'*œsophage* avec la bronche droite et la partie voisine du cardia.

Larynx. Après en avoir examiné l'entrée, sectionnez-le sur la ligne médiane postérieure si les cartilages arytenoïdes, la commissure postérieure et l'*œsophage* ne présentent pas de lésions, sinon sur la ligne médiane antérieure en commençant soit à la langue soit au-dessous de l'os hyoïde et continuez dans la trachée jusqu'à la bifurcation.

Ouvrez l'*aorte* de haut en bas sur la ligne médiane antérieure, faites de même pour les carotides.

Videz et nettoyez la cavité thoracique, examinez la colonne vertébrale, les côtes, la plèvre pariétale.

3. AUTOPSIE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE, DES ORGANES ABDOMINAUX ET DES ORGANES GÉNITAUX

Abdomen. Pour l'ouverture et l'inspection de la cavité abdominale voir plus haut (pag. 25-26).

En premier lieu passez la main dans l'hypo-chondre gauche immédiatement au-dessous

du diaphragme et saisissez la *rate*. A l'ordinaire elle vient très facilement, mais en cas d'adhérences préparez-la soigneusement avec le couteau. Examinez l'artère splénique avant de la couper. Notez les dimensions de l'organe, sa consistance, l'état de sa capsule. Faites une coupe allant d'un pôle à l'autre et passant par le hile. A la coupe examinez séparément les follicules, les trabécules et la pulpe.

Détachez le diaphragme à gauche selon une ligne courbe à convexité dirigée en arrière et aboutissant au bord antérieur de la colonne vertébrale. Attirez le côlon descendant à vous et coupez le péritoine en dehors du côlon. Vous avez alors devant vous, le rein gauche la capsule surrénale, la queue du pancréas qui recouvre généralement une partie de cette dernière. Coupez la *capsule surrénale* dans son plus grand diamètre qui est dirigé de haut en bas et de dedans en dehors. Examinez-la.

Disséquez rapidement l'*uretère*, la veine spermatique (utéro-ovarique), l'artère et la veine rénales.

Faites ensuite une coupe semi-circulaire profonde parallèle à la convexité du *rein* et une autre au devant du hile du rein et rejoignant les deux extrémités de la première. Si ces deux coupes ont été bien faites, le rein est libre de toute attache. On peut aussi faire ces

deux coupes de telle façon que la capsule surrénale soit aussi circonscrite par elles.

Prenez le rein à pleine main sans que le hile en touche la paume, faites à la convexité une coupe allant d'un pôle à l'autre et intéressant seulement la capsule et la partie la plus superficielle de la substance rénale. Décordez le rein en observant comment la capsule se détache. Notez le volume de l'organe, sa forme, la couleur et l'état de sa surface. Puis continuez l'incision superficielle jusqu'au hile, de façon à obtenir deux parties à peu près égales et à ouvrir le bassinet. Examinez bien la surface de la coupe, la coloration des substances corticale et médullaire, leur développement, l'état des glomérules, des papilles et des vaisseaux. Ouvrez les calices, le bassinet, l'uretère. Si ce dernier présente des lésions, ouvrez jusqu'à la vessie le tronçon resté dans la cavité abdominale.

De l'autre côté, il faut procéder d'une façon analogue, détachez le côlon ascendant et le cæcum en ayant soin de ne pas léser l'appendice vermiculaire. S'il y a péritonite sondez ce dernier sur place. Détachez le diaphragme comme à gauche, refoulez le foie dans la cavité pleurale gauche. Alors vous aurez devant vos yeux le duodénum, la capsule surrénale, qui est le plus souvent à une certaine distance du pôle supérieur du rein, le rein droit, ses

vaisseaux, l'uretère et la veine cave inférieure qu'il est bon d'ouvrir maintenant. Examinez les organes, comme à gauche.

Ouvrez le duodénum jusqu'au pylore, vous commencerez votre incision le plus bas possible pour être sûr de mettre à nu l'ouverture du canal cholédoque. Remettez le foie en place ; comprimez la vésicule biliaire dont le contenu s'écoulera à l'ampoule de Vater si le canal cholédoque est perméable.

Avant d'ouvrir l'estomac, introduisez votre doigt dans le pylore, pour voir s'il est perméable. Vous coupez l'estomac sur la face antérieure, le long de la grande courbure, immédiatement au-dessus de l'insertion du grand épiploon et vous ressortez au cardia avec l'entérotome. Enlevez soigneusement avec une éponge le contenu de l'estomac, nettoyez la muqueuse. Examinez spécialement le cardia et le pylore.

Pour voir le pancréas, coupez le grand épiploon entre l'estomac et le côlon transverse, divisez le pancréas par une coupe allant de la queue à la tête. Vous pouvez aussi renvoyer l'examen de cet organe jusqu'à celui de l'aorte abdominale que vous ouvrez après avoir détaché l'intestin.

Prenez le foie par le ligament suspenseur, tirez-le en haut pour en voir le hile, coupez le ligament gastro-hépatique et le petit épiploon

(faites attention aux canaux qui y sont contenus), et le diaphragme et les veines sus-hépatiques. Détachez la *vésicule biliaire* en commençant par le canal cystique. Enfoncez votre couteau dans la vésicule que vous tenez par le canal. Recueillez-en le contenu dans un verre. Examinez la surface du foie en faisant attention aux sillons de la convexité: 1) sillons respiratoires à direction verticale; 2) sillons costaux à direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, indices d'une augmentation rapide et récente du foie (dans la tuméfaction trouble et la dégénérescence graisseuse); 3) les sillons du corset à direction horizontale. Notez le volume et la forme du foie. Placez-le sur un plateau, la convexité en haut, le lobe droit contre vous, tenez-le par le diaphragme, faites une coupe transversale allant presque jusqu'au hile. Examinez la coupe (coloration, lobulation, vaisseaux).

Regardez encore une fois le mésentère et les ganglions mésentériques que vous incisez. Détachez l'intestin en commençant à la valvule de Bauhin, remontez de l'iléon au jéjunum, vous coupez ce dernier à sa réunion avec le duodénum. Coupez le mésentère le plus près possible de l'intestin afin de pouvoir ouvrir l'intestin très facilement. Détachez le gros intestin du cæcum au rectum, enlevez le grand épiploon avant de vouloir séparer le côlon transverse.

Commencez à ouvrir l'intestin par l'extrémité duodénale du jéjunum en vous servant de l'entérotome dont vous placez la longue branche à l'intérieur, puis coupez à l'insertion mésentérique en attirant le tube intestinal sur l'instrument à moitié ouvert.

Mettez l'intestin dans l'eau en commençant par le gros intestin et en le faisant passer la muqueuse tournée en haut entre l'index et le médius de la main gauche que vous appuyez sur le bord du baquet d'eau; vous enlevez ainsi le plus gros des matières fécales. Lavez l'intestin pour un examen plus approfondi et faites-le glisser une seconde fois entre vos doigts, mais plus lentement que la première fois et en commençant par le jéjunum.

En cas de rétrécissement ou d'invagination vous devez ouvrir l'intestin en amont et en aval de la lésion.

La partie atteinte ne sera ouverte qu'après avoir été bien examinée. A l'examen du gros intestin vous n'oublierez pas qu'il renferme quelquefois des diverticules petits et nombreux contenant ou du mucus ou des matières fécales, qui sont souvent le point de départ de péritonites purulentes. Il est préférable de retarder l'ouverture de l'intestin jusqu'à la fin de l'autopsie.

Il est parfois commode de détacher l'intestin immédiatement après l'ablation de la

rate quand il y a du météorisme et quand le mésentère est court, car dans ces cas il est difficile de maintenir l'intestin de façon à ce qu'il ne se trouve pas toujours sous le couteau. Cette méthode ne peut guère être employée quand l'autopsie est faite à domicile, parce qu'on ne sait pas où mettre l'intestin détaché ; de plus la cavité abdominale contenant encore tous les organes se salit d'une façon abominable, si l'on a le malheur d'ouvrir l'intestin en le détachant.

On enlève le rectum avec les autres organes du petit bassin. Vous examinez préalablement la région et surtout les rapports des organes entre eux, puis vous enfoncez votre couteau dans la face antérieure de la vessie que vous avez auparavant détachée du pubis ; vous l'ouvrez largement pour en observer la paroi. Recueillez soigneusement le liquide qui s'en écoule. Introduisez maintenant le pouce dans la vessie et le médius dans le rectum (que vous avez ouvert en le détachant de l'siliaque par une coupe transversale), vous préparez vessie, rectum, péritoine pelvien jusqu'au périnée en rasant l'os du petit bassin. Chez l'homme la prostate étant alors complètement détachée vous pourrez tout enlever par une dernière coupe transversale ; chez la femme il faudra pour avoir les organes génitaux externes inciser la peau depuis le púbis jusqu'au

coccyx. Lorsque vous ferez l'autopsie à domicile, vous serez obligé de procéder comme chez l'homme, en ayant soin de faire des ligatures et même des sutures au rectum et au vagin. Il est alors préférable de couper le rectum quelques centimètres au-dessus de l'anus afin que le liquide qui se collectionne dans la cavité péritonéale ne s'écoule pas au dehors.

Quand vous voulez examiner les *organes génitaux* de l'homme procédez, de la façon suivante: Faites sortir les *testicules* par le canal inguinal que vous élargissez au couteau. Vous incisez la tunique vaginale propre sur la convexité, vous en examinez le contenu et la paroi, vous coupez le testicule de la convexité au hile et à l'épididyme. Le péritoine pelvien ayant été détaché comme il est dit plus haut, vous coupez la peau autour de la racine du *pénis*, et l'insertion des corps caverneux, puis rejoignez la coupe interne. Faites passer le pénis au-dessous du pubis par l'ouverture que vous venez de faire. Vous le tirez en haut et vous coupez les dernières brides qui restent et le rectum.

Ouvrez en premier lieu le *rectum* avec l'entérotome, nettoyez-le et examinez-le.

Fendez ensuite la paroi antérieure de la *vessie* dans la ligne médiane, examinez la muqueuse, puis l'orifice vésical de l'*urètre*. Ouvrez ce canal dans toute sa longueur également

dans la ligne médiane antérieure. A partir de la portion membraneuse, vous pouvez aussi retourner le pénis et couper dans la ligne médiane postérieure. La première méthode est la meilleure, surtout s'il existe un rétrécissement mais il est difficile de rester exactement, dans la ligne médiane entre les 2 corps caverneux et de ne pas les blesser.

La *prostate* qui a déjà été ouverte sur la ligne médiane antérieure est encore divisée par une coupe transversale passant par son plus grand diamètre et permettant de juger du volume réciproque des divers lobes.

Quant aux *vésicules séminales* préparez-les par quelques coups de couteau dans le tissu qui réunit le rectum et la vessie, fendez-les par une coupe unique dans toute leur longueur. Il faut toujours ouvrir les canaux déferents quand les vésicules séminales ou l'épididyme présentent des lésions.

Les organes génitaux de la femme ont été sortis comme cela est indiqué plus haut.

Vous avez déjà examiné les organes génitaux externe dans l'inspection du cadavre et les organes génitaux internes dans l'ouverture de la cavité abdominale. Contrôlez vos constatations. Ouvrez la *vessie* depuis l'urètre en passant avec les ciseaux à côté du clitoris et rejoignez l'incision de la face antérieure de la vessie que vous avez faite sur le

cadavre. Détachez ensuite la vessie du vagin et de l'utérus du côté gauche de ces organes, jusqu'en la ligne médiane. Ouvrez le *vagin* sur la ligne médiane antérieure jusqu'à son insertion sur le col de l'utérus, continuez votre coupe à gauche et à droite pour pouvoir bien étaler le vagin.

Examinez la portion vaginale de *l'utérus*, mesurez-en la longueur totale, le diamètre transverse à l'insertion des ligaments ronds. Introduisez la branche émuossée des ciseaux dans le col et ouvrez la cavité dans la ligne médiane jusqu'au fond, puis coupez transversalement jusqu'à l'orifice interne des trompes. Après examen de la surface interne de l'utérus, prenez la longueur de la cavité du corps et celle du col, le diamètre transverse à l'orifice interne des trompes et le même diamètre à l'orifice interne du col, le pourtour maximum du col et celui de l'orifice externe. Ce dernier est parfois si étroit qu'on ne peut y introduire les ciseaux, souvent il est aussi complètement oblitéré (la fermeture du canal est encore plus fréquente à l'orifice interne). Dans ces cas il faut ouvrir le corps de l'utérus avec le couteau. Ne négligez pas d'inciser les ligaments larges et le tissu périvaginal dans les cas de fièvre puerpérale.

Pour les *trompes* la simple inspection suffit le plus généralement. Il est rarement néces-

saire de sonder ou d'ouvrir l'orifice utérin, il faut faire ces recherches un peu plus souvent à l'orifice abdominal.

Les *ovaires* sont coupés dans leur plus grand diamètre. Faites bien attention aux rapports, si l'ovaire est le siège d'une tumeur. En dernier lieu examinez les organes de Rosenmüller.

Dans le cas où il sera intéressant de mesurer le bassin, faites-le d'après la méthode de Chiari¹.

A. Au grand bassin :

1^o *La distance des crêtes* mesurée des points les plus éloignés des lèvres internes des crêtes iliaques.

2^o *La distance des épines* d'une épine iliaque antérieure supérieure à l'autre.

B. Au petit bassin :

a) Au détroit supérieur.

1^o *Le conjugué vrai* du promontoire au point le plus proéminent de la symphyse pubienne.

2^o *Le diamètre transverse* perpendiculaire au précédent là où la dimension est la plus grande.

3^o *Le diamètre oblique* le droit de l'articulation sacro-iliaque droite au tubercule iléo-pectiné gauche.

4^o *La distance sacrocotyloïdienne* du milieu du promontoire à un point situé au-dessus de la cavité cotyloïdienne.

b) A la cavité.

1^o *Le conjugué* de la limite de la deuxième et de la troisième vertèbre sacrée à la partie moyenne de la symphyse pubienne.

¹ A. der Path. Anat. Sektionstechnik. Berlin, 1894.

2^o *Le diamètre transverse* du point le plus proéminent de la cavité cotyloïde à l'autre.

c) Au détroit inférieur.

1^o *Le diamètre bi-ischiatique* a) entre les deux épines ischiatiques, b) entre les faces internes des tubérosités ischiatiques.

2^o *Le conjugué* ou coccy-sous-pubien de l'extrémité inférieure du coccyx au bord inférieur de la symphyse pubienne.

4. AUTOPSIE DES EXTRÉMITÉS.

Elle comprend l'examen des vaisseaux, des nerfs, des articulations et des os.

Les vaisseaux et les nerfs, non seulement des extrémités, mais de tout le corps, seront disséqués comme au laboratoire d'anatomie normale. Vous n'oublierez pas d'ouvrir les vaisseaux.

Ouvrez les articulations d'après les méthodes de la médecine opératoire.

Les os seront autant que possible dépouillés des parties molles, puis sciés dans toute leur longueur de manière à rendre les cavités médullaires bien apparentes.

5. TOILETTE DU CADAVRE.

Toutes les ouvertures doivent être hermétiquement fermées. Enlevez auparavant tous les liquides, liez l'œsophage et le rectum, s'ils

sont restés en place et, dans le cas où ce dernier aurait été enlevé avec le vagin, cousez-en l'ouverture.

Pour fermer l'ouverture thoraco-abdominale il faut faire une suture dont les points soient très rapprochés et il est même bon de la faire de façon à ce que les deux lèvres soient en contact en se repliant en dedans. Il est bon aussi d'arrêter la suture par places. Pour être bien sûr de ne pas avoir d'écoulement de liquide, il faut encore mettre sur les organes réintroduits dans le cadavre de l'ouate ou de l'étoupe.

Il est quelquefois nécessaire de remplir la cavité crânienne avec les mêmes substances pour que la calotte tienne solidement.

Lorsque toutes les ouvertures faites pendant l'autopsie sont ainsi exactement fermées, il faut nettoyer le cadavre avec soin, l'habiller comme auparavant et le remettre dans sa position antérieure.

Si, pendant l'autopsie, on s'applique à ne pas laisser écouler de liquide et surtout pas de sang, ce qui est facile, les parents, heureux de constater que le mort n'a pas changé d'aspect et ne remarquant pas de traces de l'autopsie, seront entièrement satisfaits d'avoir autorisé cet examen qui leur aura appris la vraie cause de la mort du défunt.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INSTRUMENTS	5
MANIÈRES DE PROCÉDER A L'AUTOPSIE	8
EXAMEN EXTÉRIEUR.	10
L'AUTOPSIE.	12
1 ^o Du crâne, du rachis, de leur contenu, des organes des sens, des sinus de la face.	13
2 ^o Du thorax, des organes thoraciques et de la région cervicale.	25
3 ^o Des organes abdominaux et génitaux. .	35
4 ^o Des extrémités.	46
5 ^o Toilette du cadavre.	46



En vente chez le même éditeur.

- Prof. Dr L. Bard.** *Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. Classification et description sommaire.* 2 fr. —
- Prof. Dr A. Eternod.** *Guide technique du Laboratoire d'histologie normale et éléments d'anatomie et de physiologie générales.* 2^{me} édition, revue et augmentée, in-8° avec 141 figures. 9 fr. —
- Dr Aug. Forel et A. Mahaim.** *Crime et anomalies mentales constitutionnelles. La plaie sociale des déséquilibrés à responsabilité diminuée* 5 fr. —
- Dr V. Herzen.** *Guide formulaire de thérapeutique générale et spéciale.* 2^{me} édition, entièrement refondue. 7 fr. 50
- Dr H. Zbinden.** *Neurasthénie et psychothérapie.* 1 fr. 50

Archives de Psychologie

publiées par

TH. FLOURNOY et **ED. CLAPARÈDE**
PROFESSEUR EXTRAORDINAIRES PRIVAT-DOCENT
à l'Université de Genève.

Prix de souscription au volume complet . . . Fr. 15.—
Ont paru: Tome I (1902), Tome II (1903) in-8° avec fig., chacun Fr. 15.—

En distribution, gratis sur demande.

*Bibliographie méthodique des livres de médecine.
Chirurgie. Pharmacie. Art vétérinaire, 1890-1903.*